

Uma revisão dos estudos latino-americanos sobre o transtorno da compulsão alimentar periódica

A review of Latin American studies on binge eating disorder

Marly Amorim Palavras¹, Glauber Higa Kaio¹, Jair de Jesus Mari^{2,3}, Angélica Medeiros Claudino¹

¹ Programa de Atenção aos Transtornos Alimentares (PROATA), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

² Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

³ Instituto de Psiquiatria, Health Service and Population Research Department, King's College London, Londres, Reino Unido

Resumo

Objetivo: Revisar o estado de arte da literatura latino-americana sobre o transtorno da compulsão alimentar periódica. **Método:** Foi feita uma busca sobre estudos realizados em países latino-americanos usando-se o termo “binge eating”, nas seguintes bases eletrônicas: PubMed, LILACS, SciELO e PsycINFO. O critério de inclusão foi selecionar estudos desenvolvidos com amostras latino-americanas que preencheram critérios parciais ou completos do transtorno da compulsão alimentar periódica pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-4ª Edição. **Resultados:** Foram rastreados 8.123 artigos e 30 preencheram o critério de inclusão (18 estudos de corte transversal, cinco ensaios clínicos, quatro relatos de casos, dois estudos de validade, um estudo de coorte). A maioria dos estudos foi conduzida no Brasil (27), um na Argentina, um na Colômbia e um na Venezuela. A prevalência de transtorno da compulsão alimentar periódica em obesos em programas para perda de peso esteve entre 16% e 51,6%. A comparação entre obesos com e sem transtorno da compulsão alimentar periódica mostrou uma maior tendência para peso mais alto, oscilação ponderal, preocupação com peso e forma corporal e associação com comorbidades psiquiátricas naqueles com transtorno da compulsão alimentar periódica. **Conclusão:** O transtorno da compulsão alimentar periódica mostra-se um fenômeno verificável na América Latina com características clínicas semelhantes às encontradas na literatura internacional. Esta revisão fornece subsídios para que o transtorno da compulsão alimentar periódica seja considerado uma categoria distinta de transtorno alimentar na Classificação Internacional de Doenças-11ª Edição.

Descritores: Transtorno da compulsão alimentar; Classificação Internacional de Doenças; Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais; Diagnóstico; Classificação

Abstract

Objective: To review the state of the art of the scientific literature on binge eating disorder in Latin America. **Method:** A literature search of studies conducted in Latin American countries using the term “binge eating” was performed in the following electronic databases: PubMed, LILACS, SciELO, and PsycINFO. Selected articles described studies developed with Latin American samples that met partial or complete DSM-IV diagnostic criteria for binge eating disorder. **Results:** 8,123 articles were screened and 30 studies met the inclusion criteria (18 cross-sectional studies, 5 clinical trials, 4 case reports, 2 validity studies, and 1 cohort study). Most of the studies were conducted in Brazil (27), one in Argentina, one in Colombia, and one in Venezuela. The prevalence of binge eating disorder among obese people attending weight loss programs ranged between 16% and 51.6%. The comparison between obese people with and without binge eating disorder showed a tendency of higher weight, longer history of weight fluctuation, more concern about shape and weight, and association with psychiatric comorbidity in those with binge eating disorder. **Conclusion:** Binge eating disorder is a detectable phenomenon in Latin America with clinical features similar to those found in the international literature. This review provides support for the consideration of binge eating disorder as a distinct eating disorder in the International Classification of Diseases – 11th edition.

Descriptors: Binge eating disorder; International Classification of Diseases; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; Diagnosis; Classification

Introdução

Dois sistemas de classificação diagnóstica norteiam o campo dos transtornos mentais. O primeiro deles, a Classificação Internacional de Doenças, atualmente em sua décima edição (CID-

10), é utilizado oficialmente em todos os países¹. O outro sistema é o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, na quarta edição revisada (DSM-IV-TR)², organizado pela

Correspondência

Marly Amorim Palavras
Departamento de Psiquiatria
Programa de Atenção aos Transtornos Alimentares (PROATA)
Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
Rua Borges Lagoa, 570, 7º andar, conj.71 - Vila Clementino
04038-020 São Paulo, SP, Brasil
Tel.: (+55 11) 5084-2187 Fax: (+55 11) 5182-1721
E-mail: mpalavras@ig.com.br

Associação Psiquiátrica Americana, utilizado nos Estados Unidos e amplamente referenciado na área de pesquisa internacionalmente². Atualmente, estes sistemas se acham em processo de revisão, visando suas novas edições. Ambos os sistemas têm em comum duas categorias diagnósticas principais de transtornos alimentares (TA): a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN), entre outras categorias de TA que não envolvem entidades diagnósticas propriamente ditas e sim quadros parciais de AN e BN ou síndromes inespecíficas (ver CID-10/WHO, 1992¹/DSM-IV-TR/ APA, 2000²).

A presença de episódios de compulsão alimentar (ECA) entre pacientes obesos foi observada e descrita, pela primeira vez, por Stunkard, em 1959³. Em 1977, Wermuth et al. propuseram alguns critérios diagnósticos para a síndrome da compulsão alimentar periódica, descrevendo a presença de ingestão excessiva de alimentos que poderia ser seguida ou não pela indução de vômitos⁴. O DSM-III⁵ adotou este critério em 1980 e nomeou a patologia de “bulimia”. O DSM-III-R⁶, por sua vez, modificou a denominação desta categoria diagnóstica em 1987, chamando-a de “bulimia nervosa”, assim como modificou seus critérios diagnósticos e tornou obrigatória a presença de métodos compensatórios inadequados de controle de peso (métodos purgativos, como a indução de vômitos, abuso de laxantes, enemas e/ou diuréticos, ou ainda engajamento em atividade física excessiva), restringindo a abrangência de tal categoria e tornando-a potencialmente mais homogênea.

No início da década de 90, Spitzer et al. descreveram indivíduos em tratamento para perda de peso que apresentavam ECA não associados a mecanismos compensatórios e com características diferentes da BN⁷. Tal estudo multicêntrico constatou a presença deste quadro em 30,1% de sua amostra de 1.984 sujeitos. A partir destes achados, os autores propuseram a inclusão dos critérios diagnósticos para o transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) no apêndice B do DSM-IV, como uma nova categoria diagnóstica a ser melhor investigada. Tais critérios envolvem: 1) a presença de ECA recorrentes, caracterizados por ingestão de quantidade excessiva de alimentos associada à sensação de perda de controle; 2) a presença de pelo menos três indicadores de perda de controle (comer mais rápido do que o normal, comer até sentir-se cheio, comer muito mesmo sem estar sentindo fome, comer sozinho por embaraço pelo tanto que ingere e, sentir-se envergonhado, triste ou culpado após o episódio); 3) sentimentos de angústia relacionados à presença dos ECA; 4) frequência e duração média de ECA de dois dias por semana por seis meses; e, 5) não estar associada ao uso regular de mecanismos compensatórios inadequados para controlar o peso (ex. purgação) e não ocorrer na vigência de AN e BN. Atualmente, no DSM-IV-TR², indivíduos que manifestam sintomas semelhantes aos propostos para o TCAP são classificados na categoria de transtorno alimentar sem outra especificação (TASOE), que inclui diversas condições, dentre elas as manifestações parciais de AN e BN, mas também quadros nos quais a principal característica é a presença recorrente de ECA sem o uso regular de mecanismos compensatórios.

Desde a introdução dos critérios para pesquisa de TCAP no DSM-IV (1994)⁸, tal categoria tem sido amplamente pesquisada. Estudos de revisão sugerem que o TCAP apresenta semelhanças com outros TA, permitindo a distinção entre seus portadores e indivíduos saudáveis, assim como também salientam suas diferenças com os demais TA, o que fortalece sua especificidade enquanto patologia alimentar distinta^{9,10}. Apesar de várias questões sobre o diagnóstico de TCAP continuarem em discussão, há suporte para que se considere sua inclusão como nova categoria diagnóstica no DSM-V⁹⁻¹².

Na CID-10, no entanto, não há referência a uma categoria diagnóstica próxima à atualmente estudada no DSM-IV. Indivíduos com ingestão excessiva acompanhada de perda de controle que não recorrem a métodos compensatórios podem ser classificados em três das atuais categorias de TA na CID-10: “TA não especificados”, “BN atípica” e “hiperfagia associada a outros distúrbios psicológicos”, categorias amplas, com potencial de englobar condições diversas, em especial a primeira delas (categoria residual útil para classificar qualquer condição não classificável em outra categoria). Na CID-10, a categoria de BN atípica engloba condições parciais de BN (nas quais um ou mais critérios para a BN não se acham presentes), de modo que os ECA (do TCAP) poderiam estar presentes e não estar obrigatoriamente associados a mecanismos compensatórios. Há, ainda, menção a peso normal ou excessivo em indivíduos com BN atípica, aspecto também observável naqueles com TCAP. Já a terceira categoria se propõe a diagnosticar condições nas quais haja uma ingestão excessiva de alimentos que possa levar à obesidade e que decorra de eventos angustiantes ou estressantes (luto, acidentes, cirurgias e outros). Embora não haja menção específica aos ECA observados no TCAP nesta categoria, tais episódios envolvem ingestão excessiva e potencial ganho de peso, assim como condições emocionalmente angustiantes podem estar presentes nestes indivíduos. A potencial distribuição de indivíduos com uma manifestação comportamental semelhante em categorias variadas na CID pode dificultar o estudo de suas características clínicas, aspectos etiológicos e estratégias terapêuticas. Torna-se importante, portanto, que, em sua revisão, a CID leve em consideração os estudos que investigam o TCAP de modo a permitir a análise da validade e utilidade clínica deste enquanto nova categoria diagnóstica, ou para, pelo menos, favorecer a classificação daqueles acometidos pela condição em uma única categoria de TA.

Apesar de vasta literatura oriunda principalmente da América do Norte e Europa contribuir marcantemente para o estudo desta potencial nova categoria diagnóstica, observa-se que pouco se discutiu sobre manifestações de TCAP (ou de quadros do tipo) em populações latino-americanas, já que poucas publicações em língua espanhola ou portuguesa são incluídas em grandes revisões sobre o tema^{9,10}. Tal circunstância gerou o interesse em se investigar o quanto o TCAP pode ser considerado uma síndrome que se manifesta globalmente, assim como o quanto tem sido estudado e identificado como quadro distinto de outros TA, de obesidade e da normalidade, por pesquisadores e clínicos latino-americanos. Esta revisão visa avaliar estudos realizados em países latino-americanos

que estudaram indivíduos apresentando TA que preenchem os critérios de TCAP segundo o DSM-IV ou que apresentam quadros que se assemelham a tal diagnóstico (amostras com quadro subclínico), de modo a ampliar o conhecimento transcultural do TCAP e contribuir para a discussão sobre sua potencial inclusão como categoria diagnóstica específica nos sistemas classificatórios.

Método

Nesta revisão ampla da literatura buscou-se identificar, em revistas indexadas, artigos latino-americanos que utilizaram os critérios diagnósticos do DSM-IV² para estudar diversos aspectos de indivíduos com TCAP ou com TCAP subclínico. As bases de dados eletrônicas pesquisadas foram PubMed (de 1950 até 07/12/2010), LILACS (de 1995 a 7/12/2010), SciELO (de 1998 a 7/12/2010) e PsycINFO (de 1965 a 2010). O termo de busca utilizado foi “*binge-eating*” e as buscas da literatura envolveram estudos publicados em inglês, espanhol e português. Capítulos de livros, teses, resumos de anais de conferências e artigos teóricos não foram considerados nesta revisão. Revisões sistemáticas realizadas por autores latino-americanos foram utilizadas apenas para complementar rastreamento de referências bibliográficas latino-americanas (citadas em tais publicações), porém não foi realizada uma checagem das citações contidas nos artigos selecionados. Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos envolveram: 1) estudos desenvolvidos em países latino-americanos, portanto, estudos que envolveram amostras de população clínica ou geral compostas, principalmente, por indivíduos latino-americanos; e 2) estudos que tenham incluído pelo menos um subgrupo amostral que preenchesse os critérios completos ou parciais sugeridos para o diagnóstico de TCAP no DSM-IV², sem restrição para gênero, idade, escolaridade e índice de massa corporal (IMC). No entanto, foram excluídos estudos cujos achados se referiam a indivíduos que apresentavam apenas ECA ou “*binge-eating*” sem caracterizar nenhum outro aspecto associado a esta sintomatologia que sugerisse um quadro parcial de TCAP e permitisse sua diferenciação de outros quadros do tipo bulímico ou de outros TASOE, assim como estudos realizados em pacientes com transtorno alimentar que não apresentassem resultados separados para o grupo com TCAP.

Dois revisores (M.A.P. e G.H.K.) examinaram isoladamente os títulos e resumos provenientes das buscas e selecionaram os artigos a serem avaliados na íntegra para posterior definição sobre sua pertinência aos propósitos desta revisão. Em havendo dúvida quanto ao preenchimento de critérios de inclusão desta revisão, o segundo revisor foi solicitado a avaliar os artigos em questão e um terceiro revisor (A.M.C.) foi consultado em casos de divergência de opiniões, buscando-se discutir até se chegar a um consenso quanto à inclusão ou exclusão do artigo. Os revisores citados são clínicos e pesquisadores na área de TA. Buscou-se classificar os artigos de acordo com as informações que forneciam, de modo a serem distribuídos entre as seguintes classes: 1) epidemiologia, 2) características clínicas e estudos de investigação diagnóstica, 3) comorbidade, e 4) intervenção e prognóstico.

Resultados

A partir das buscas nas bases de dados, foram identificados 8.122 artigos escritos nos idiomas inglês, espanhol ou português. Mais um artigo foi selecionado a partir das referências de 16 revisões sistemáticas da literatura identificadas nas buscas, totalizando 8.123 artigos. O fluxo de seleção dos artigos acha-se descrito na Figura 1.

Os estudos selecionados incluíram 7.514 pacientes no total, sendo que 1.025 receberam o diagnóstico de TCAP. Os artigos incluídos nesta revisão foram publicados entre 1995-2010 e suas características acham-se resumidas nas Tabelas 1 a 4. A maioria destes artigos foi realizada no Brasil (n = 27) e apenas um foi conduzido na Argentina¹³, um na Venezuela¹⁴ e um na Colômbia¹⁵. Os estudos foram classificados em epidemiologia (11 estudos resumidos na Tabela 1), características clínicas (9 estudos resumidos na Tabela 2), comorbidade (11 estudos na Tabela 3) e intervenção e prognóstico (10 estudos na Tabela 4), sendo que informações sobre um mesmo estudo acham-se descritas em mais de uma tabela. Os artigos excluídos e as razões para sua exclusão encontram-se na Tabela 5 (disponível em www.scielo.br/rbp).

O número de participantes nos estudos variou de 1 a 1.971. Na maioria dos estudos, os autores utilizaram amostras clínicas (n = 28) e apenas dois envolveram amostras específicas (estudantes). A faixa etária dos participantes (não apenas aqueles com TCAP) variou de 11 a 65 anos (n = 26 estudos), sendo que a média de idade dos indivíduos esteve entre 14,1 e 52,9 anos (n = 13). Em relação ao gênero dos indivíduos, excluindo-se os relatos de casos (n = 4), 16 estudos incluíram homens e mulheres e 10 estudos selecionaram apenas mulheres. O IMC médio dos participantes dos estudos esteve na faixa de obesidade, entre 30,1 e 52,2kg/m² (n = 10). Quatorze estudos selecionaram apenas indivíduos obesos.

Onze estudos informaram prevalência de TCAP. Em nove destes, com amostras clínicas de obesos buscando programas de tratamento para obesidade^{13,15-22}, foram descritas prevalências oscilando entre 16 e 51,6%. Apenas dois estudos avaliaram a frequência de TCAP em amostras estudantis^{14,23}. Não se identificou nenhum estudo de prevalência de TCAP na população geral (Tabela 1).

Sete estudos examinaram diversos aspectos clínicos em indivíduos com sintomas de TCAP. Ressaltam-se os achados de mulheres com TCAP apresentarem maior peso, maior história de flutuação de peso e maior preocupação com o peso e forma corporal quando comparadas a mulheres sem TCAP^{17,24}. Ainda, o estudo de Fontenelle et al., o único incluído a classificar os grupos estudados com base nos dois sistemas classificatórios (DSM-IV e CID-10), encontrou um subgrupo de pacientes com sintomatologia de TCAP (DSM-IV), também categorizado como BN atípica pela CID-10, que apresentou maior gravidade de compulsão alimentar avaliada pela *Binge Eating Scale* (BES) quando comparado a indivíduos obesos sem TCAP (30,05 vs. 18,32; p < 0,000) (Tabela 2)²⁵.

Indivíduos com TCAP apresentam maior comorbidade com outros sintomas ou diagnósticos psiquiátricos, em especial com

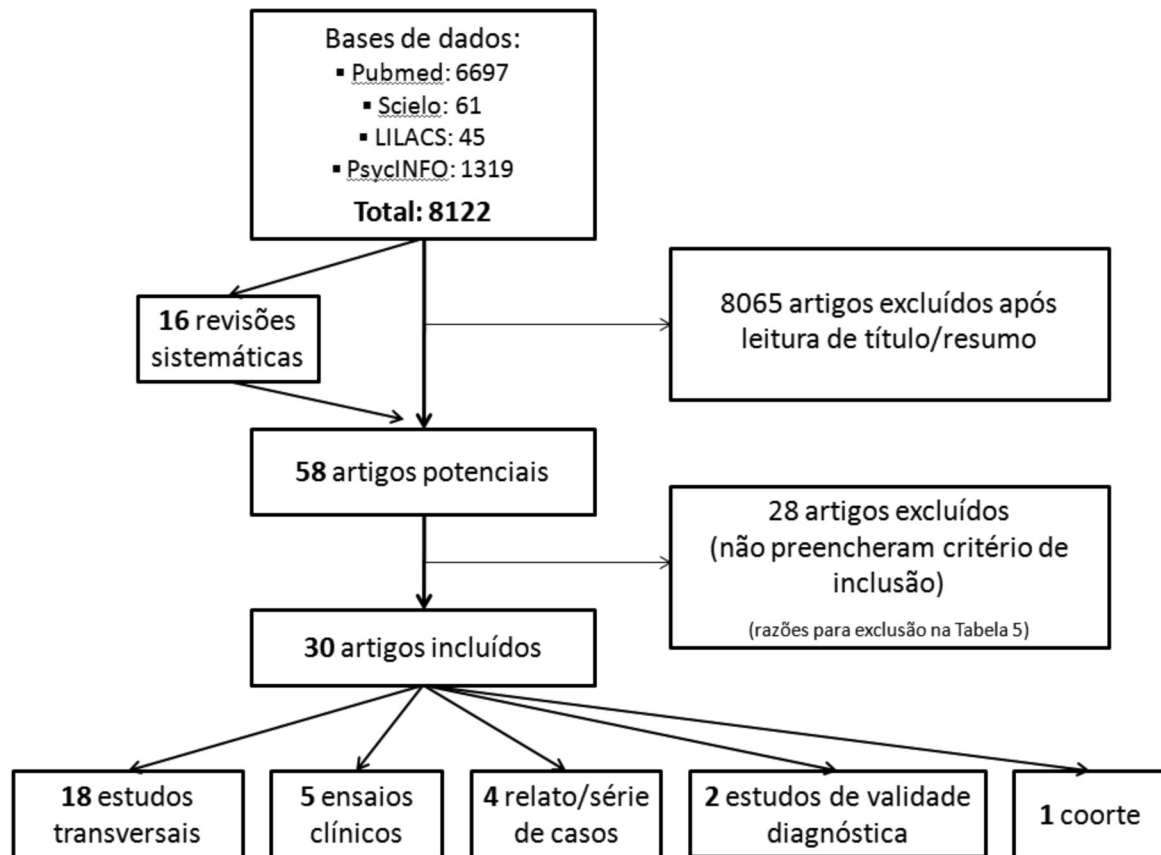


Figura 1 - Fluxograma da revisão da literatura.

transtornos de humor^{17,22,25,26} e de ansiedade^{26,27}. Observou-se que mulheres com TCAP apresentam pontuações maiores que mulheres sem TCAP em diversos domínios psicopatológicos avaliados pela *Symptom Checklist-90* (SCL-90)^{22,25} e menores pontuações comparadas a um grupo de indivíduos com quadro sugestivo de BN parcial²⁵. O TCAP esteve associado à diabetes mellitus tipo II em dois estudos^{28,29} (Tabela 3).

Apesar de oito estudos examinarem intervenções farmacológicas ou psicoterápicas para TCAP^{27,30-36}, apenas dois realizaram ensaios clínicos randomizados e controlados^{34,36} (Tabela 4).

Discussão

Os achados desta revisão contribuem para a discussão atual na literatura sobre o status de TCAP enquanto uma patologia distinta de outros transtornos alimentares. A prevalência de TCAP em populações latino-americanas de obesos em programas para perda de peso variou de 16% a 51,6%, e na população jovem de 0,66% a 1,8%. Alguns estudos^{17,24} permitiram identificar que indivíduos com TCAP se caracterizam por apresentarem maior peso, mais oscilação ponderal, maior preocupação com peso e forma, comparados àqueles sem o quadro. Observou-se associação importante do TCAP com outras patologias psiquiátricas, em especial transtornos do humor^{17,22,25,26} e ansiedade^{26,27}. Indivíduos obesos com TCAP responderam favoravelmente a intervenções

farmacológicas (sibutramina e topiramato) e psicológicas (terapia cognitivo-comportamental)³⁴⁻³⁶. De modo geral, encontramos resultados que se assemelham aos já reportados na literatura, sugerindo que o TCAP é um fenômeno global, também observável na América Latina.

Tal síndrome tem gerado o interesse crescente de clínicos e pesquisadores, fato demonstrado pela identificação de pelo menos 26 das 30 publicações latino-americanas selecionadas para análise serem estudos empíricos. A frequência de manifestação destes quadros pode justificar a pesquisa sobre TCAP. Estudos epidemiológicos sugerem uma prevalência em torno de 0,7% a 3% em população geral, tornando-o uma síndrome mais frequente do que as entidades clássicas AN e BN^{37,38}. Embora não tenhamos identificado estudos epidemiológicos latino-americanos realizados em população geral, nossos resultados apontam para uma prevalência de TCAP em população clínica de obesos buscando tratamento para obesidade variando entre 16% e 51,6%, resultados comparáveis aos achados de frequências entre 7,5% e 30% em serviços internacionais^{39,40} e de 11% a 49% em pacientes obesos em espera para cirurgia bariátrica^{41,42}. Alguns de nossos achados também informam sobre a manifestação de TCAP entre adolescentes: em população jovem venezuelana não-clínica¹⁴ (12-18 anos), os dados indicam prevalência de 0,66% (0,51% das meninas e 0,14% dos meninos); já um estudo brasileiro²³ referiu 1,8% de

Tabela 1 – Epidemiologia

| Referência | Desenho do estudo | Amostra | Critério diagnóstico/ Sistema classificatório/ (Instrumento) | Resultados | Conclusão |
|---|--------------------------------|---|--|--|--|
| Appolinário et al. ¹⁶ Brasil (1995) | Corte transversal | n = 22 ambos os sexos idade média = 37 IMC* > 20kg/m ² ambulatorial | TCAP*/DSM-IV* (Diagnóstico clínico) | Prevalência de TCAP 27,2% (n = 6) | Presença de TCAP em população em tratamento para perda de peso em consultório endocrinológico. |
| Borges et al. ¹⁷ Brasil (2002) | Corte transversal | N = 217 mulheres idade média = 36 IMC médio = 30,3kg/m ² ambulatorial | TCAP/DSM-IV (QEWP-R)* | Prevalência de TCAP 16% (n = 35) | Presença de TCAP em população de mulheres com sobrepeso em tratamento para perda de peso. |
| Matos et al. ¹⁸ Brasil (2002) | Corte transversal | n = 50 ambos os sexos idade média = 38,5 IMC médio = 52,2kg/m ² ambulatorial | TCAP/DSM-IV (QEWP-R) | Prevalência de TCAP 36% (n = 18): - 35% mulheres (n = 14/40) - 40% homens (n = 4/40) | Presença de TCAP em população de obesos mórbidos em tratamento para perda de peso. |
| Quintero-Párraga et al. ¹⁴ Venezuela (2003) | Corte transversal | n = 1363 ambos os sexos faixa etária = 12-18 estudantil | TA*-TCAP/ DSM-IV (questionário da autora baseado no DSM-IV) | Prevalência de TCAP 0,66% (n = 9): - 0,5% meninas (n = 7/9) - 0,1% meninos (n = 2/9) Prevalência de TCAP parcial 1,9% (n = 27): - 0,8% meninas (n = 11/27) - 1,1% meninos (n = 16/27) | Presença de TCAP em população jovem estudantil. |
| Borges et al. ¹⁹ Brasil (2005) | Estudo de validade diagnóstica | n = 89 mulheres idade média = 35 IMC > 25kg/m ² ambulatorial | TCAP/DSM-IV (QEWP-R e SCID-I/P*) | Prevalência de TCAP 47,2% (n = 42) pelo SCID-I/P | Presença de TCAP em população de mulheres com sobrepeso avaliadas pelo SCID-I/P em tratamento para perda de peso e tratamento para TA. |
| Rodríguez & Guerrero ¹⁵ Colômbia (2005) | Corte transversal | n = 362 mulheres idade média = 21,8 ambulatorial | TCAP/DSM-IV (SCID-CV*) | Prevalência de TCAP 25,1% (n = 91) | Presença de TCAP em população de mulheres em tratamento para TA. |
| Bay et al. ¹³ Argentina (2005) | Corte transversal | n = 1971 ambos os sexos idade média = 14,1 ambulatorial | TA-TCAP/ DSM-IV (EDE.12*) | Prevalência de TCAP 6,6% (n = 130) | Presença de TCAP em população jovem em serviço pediátrico. |
| Freitas et al. ²⁰ Brasil (2006) | Estudo de validade diagnóstica | n = 178 mulheres idade média = 36,4 IMC médio = 36,2kg/m ² ambulatorial | TCAP/DSM-IV (SCID-I/P e BES*) | Prevalência de TCAP 51,6% (n = 92) pelo SCID-I/P | Presença de TCAP em população de mulheres obesas avaliadas pelo SCID-I/P em tratamento para perda de peso e tratamento para TA. |
| Moreira & Batista ²¹ Brasil (2007) | Corte transversal | n = 156 mulheres idade média = 39,1 IMC médio = 39,7kg/m ² ambulatorial | TCAP/DSM-IV (SCID-I/P) | Prevalência de TCAP 29,4% (n = 46) | Presença de TCAP em população de mulheres obesas em tratamento para perda de peso. |
| Fandiño et al. ²² Brasil (2010) | Corte transversal | n = 203 mulheres adultas IMC ≥ 30kg/m ² ambulatorial | TCAP/DSM-IV (SCID-I/P) | Prevalência de TCAP 26,6% (n = 54) | Presença de TCAP em população de mulheres obesas em tratamento para perda de peso. |
| Pivetta et al. ²³ Brasil (2010) | Corte transversal | n = 1.209 ambos os sexos faixa etária = 15-17 estudantil | TCAP/DSM-IV (QEWP-R) | Prevalência de TCAP 1,8% (n = 22) | Presença de TCAP em população jovem estudantil. |

* IMC = Índice de Massa Corporal; TCAP = Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica; DSM-IV = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; QEWP-R = Questionnaire on Eating and Weight Patterns – Revised; TA = Transtorno Alimentar; SCID-I/P = Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition; SCID-CV = Structured Clinical Interview for DSM-IV – Clinician Version; EDE.12 = Eating Disorder Examination – versão 12; BES = Binge Eating Scale.

Tabela 2 – Características clínicas e estudos de investigação diagnóstica

| Referência | Desenho do estudo | Amostra | Critério diagnóstico/ Sistema classificatório/ (Instrumento) | Resultados | Conclusão |
|---|--------------------------------|---|--|---|---|
| Borges et al. ¹⁷ Brasil (2002) | Corte transversal | n = 217 Mulheres Idade média = 36 IMC* médio = 30,3kg/m ² ambulatorial Grupos comparados: TCAP (n = 35), TCAP parcial (n = 49), BN* (n = 10), sem TA* (n = 123) | TCAP*/DSM-IV* (QEWP-R) * | IMC: TCAP > sem TA Oscilação de peso: TCAP > sem TA Preocupação com peso e forma: TCAP > TCAP parcial e sem TA Idade: TCAP > BN | Mulheres com TCAP e sobrepeso têm peso maior, mais oscilação ponderal e maior preocupação com peso e forma em população para tratamento de perda de peso e são mais velhas que a amostra com bulímicas. |
| Matos et al. ¹⁸ Brasil (2002) | Corte transversal | n = 50 ambos os sexos idade média = 38,5 IMC médio = 52,2kg/m ² ambulatorial Grupo avaliado: TCAP (n = 18) | TCAP/DSM-IV (QEWP-R) | 58,8% (n = 10/18) Preocupação moderada e severa com imagem corporal (BSQ*) | Em amostra de obesos mórbidos com TCAP em tratamento para perda de peso mais da metade tem preocupação com peso e forma. |
| Fontenelle et al. ⁶⁷ Brasil (2002) | Corte transversal | n = 63 ambos os sexos faixa etária = 18-65 IMC médio = 36,7kg/m ² ambulatorial Grupos comparados: TCAP (n = 19), sem TCAP (n = 21), TOC* (n = 23) | TCAP e TOC/ DSM-IV (SCID-I/P*) | Traços obsessivo-compulsivos: TOC > TCAP = sem TCAP | Em amostra clínica, indivíduos obesos com TOC têm maior pontuação para traços obsessivos-compulsivos do que aqueles com e sem TCAP e estes últimos apresentam resultados próximos para a mesma medida, sem diferença estatística. |
| Quintero-Párraga et al. ¹⁴ Venezuela (2003) | Corte transversal | n = 1363 ambos os sexos faixa etária = 12-18 estudantil Grupo avaliado: TCAP parcial (n = 27) | TA-TCAP/ DSM-IV (questionário da autora baseado no DSM-IV) | - 100% com compulsão 2x/sem (3 meses) - 48,1% (n = 13) comem rápido - 55,5% (n = 15) comem até ficarem cheios - 55,5% (n = 15) comem sem fome - 37% (n = 10) comem sozinhos - 33,3% (n = 9) sentem desgosto - 44% (n = 12) sentem angústia em relação à compulsão | Nesta amostra de jovens com TCAP parcial, há uma frequência relevante (> 33%) para os critérios B, C e D do DSM-IV para diagnóstico do TCAP. |
| Borges et al. ¹⁹ Brasil (2005) | Estudo de validade diagnóstica | n = 89 mulheres idade média = 35 IMC > 25kg/m ² ambulatorial | TCAP/DSM-IV (QEWP-R e SCID-I/P) | QEWP-R (propriedades psicométricas) para esta amostra: - sensibilidade = 0,55 - especificidade = 0,80 - valor preditivo positivo = 0,79 - valor preditivo negativo = 0,56 | O QEWP-R tem 79,3% de chance de confirmar o diagnóstico de TCAP. |
| Fontenelle et al. ²⁵ Brasil (2005) | Corte transversal | n = 53 mulheres adultas faixa IMC = 30-45kg/m ² ambulatorial Grupos comparados: BNA* ≠ TCAP (n = 16) BNA = TCAP (n = 18) Controle (n = 19) | TCAP/DSM-IV (SCID-I/P) BNA/CID-10* (checklist com critérios da CID-10 para BNA) | Gravidade de sintomatologia para compulsão alimentar (BES*): BNA ≠ TCAP e BNA = TCAP > Controle | Os dois grupos que preenchem critério diagnóstico para TA têm maior gravidade para sintomatologia para compulsão alimentar comparados ao grupo de obesos sem TA. |

(CONTINUA)

(CONTINUAÇÃO)

Tabela 2 – Características clínicas e estudos de investigação diagnóstica

| Referência | Desenho do estudo | Amostra | Critério diagnóstico/ Sistema classificatório/ (Instrumento) | Resultados | Conclusão |
|--|--------------------------------|--|--|--|---|
| Freitas et al. ²⁰ Brasil (2006) | Estudo de validade diagnóstica | n = 178 mulheres idade média = 36,4 IMC médio = 36,2kg/m ² ambulatorial | TCAP/DSM-IV (SCID-I/P e BES) | BES (propriedades psicométricas) para esta amostra: - sensibilidade 97,8% - especificidade 47,7% - valor preditivo positivo 66,7% - valor preditivo negativo 95,3% | BES mostra-se útil para identificar sintomas de compulsão alimentar entre mulheres obesas em programa para perda de peso, mas uma entrevista clínica é recomendada para formalizar o diagnóstico de TCAP. |
| Coutinho et al. ⁶⁸ Brasil (2007) | Corte transversal | n = 47 mulheres faixa etária = 30-65 IMC médio = 40,5kg/m ² ambulatorial Grupos comparados (correlacionados com níveis de cortisol salivar): TCAP (n = 21) sem TCAP (n = 26) | TCAP/DSM-IV (SCID-I/P) | Gravidade de sintomatologia para compulsão alimentar: TCAP > sem TCAP | A gravidade da sintomatologia para compulsão alimentar pode ser um regulador relevante para secreção do cortisol maior do que a obesidade em amostra com TCAP. |
| Costa et al. ²⁴ Brasil (2010) | Corte transversal | n = 40 mulheres adultas faixa IMC = 30-40kg/m ² ambulatorial Grupos comparados: TCAP (n = 20) sem TCAP (n = 20) | TCAP/DSM-IV (diagnóstico clínico) | Melhor atitude corporal em todos os domínios, menos para saliência de peso e forma (BAQ*): ¬ sem TCAP > TCAP Preocupação com imagem corporal (BSQ): TCAP > sem TCAP | Em amostra de programa para TA, mulheres com TCAP apresentam maior preocupação com imagem corporal e pior atitude corporal. |

* IMC = Índice de Massa Corporal; BN = Bulimia Nervosa; TA = Transtorno Alimentar; TCAP = Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica; DSM-IV = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; QEWP-R = Questionnaire on Eating and Weight Patterns – Revised; BSQ = Body Shape Questionnaire; TOC = Transtorno Obsessivo Compulsivo; SCID-I/P = Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition; BNA = Bulimia Nervosa Atípica; CID-10 = Classificação Internacional de Doenças, versão 10; BES = Binge Eating Scale.

jovens estudantes afetados com TCAP (15-17 anos). Em países não latino-americanos, estudos em adolescentes também demonstram prevalências de TCAP dentro desta faixa: um estudo norueguês, com jovens de 14-15 anos, descreveu prevalência de 0,4% para cada sexo⁴³ e outro, norte-americano (média 14 anos), encontrou 1,9% das meninas e 0,34% dos meninos manifestando o transtorno⁴⁴.

A identificação de aspectos clínico-demográficos que distinguem o TCAP de outras categorias diagnósticas de TA é um aspecto essencial para sua validação enquanto categoria distinta. Não se pode afirmar com base em nossos dados, no entanto, que a incidência de TCAP é maior entre mulheres adultas obesas, como observado na maioria de nossos estudos, já que 10 deles selecionaram somente mulheres e 14 incluíram apenas obesos. No entanto, um estudo de nossa revisão¹⁷ que comparou um grupo de mulheres com TCAP com um grupo de mulheres com BN, encontrou que o primeiro grupo era composto por pessoas mais velhas. Os achados de que TCAP afeta, principalmente, indivíduos mais velhos, com maior prevalência entre mulheres (embora numa

proporção entre os gêneros mais próxima, três mulheres para cada dois homens⁴⁵) e frequente associação com a obesidade, favorecem sua diferenciação em relação à AN e BN, condições que acometem mais mulheres adolescentes ou jovens e que levam à manutenção de IMCs mais baixos ao longo da vida^{10,46,47}.

Pouco material foi coletado referente a estudos de validade diagnóstica para identificação do TCAP em versão espanhola ou portuguesa. Duas escalas autoaplicáveis foram validadas em português, sendo que apenas uma delas, o Questionário de Padrões Alimentares e de Peso-Revisado¹⁹ (no inglês *QEWP-R*), investiga o diagnóstico de TCAP (baseado no DSM-IV); a outra, a Escala de Compulsão Alimentar²⁰ (no inglês *BES*⁴⁸), tem sua utilidade mais voltada para avaliar a gravidade de sintomas de compulsão alimentar do que propriamente diagnosticar TCAP. Tais instrumentos demonstraram propriedades psicométricas razoáveis em sua versão para o português, com bom valor preditivo positivo e especificidade no caso do *QEWP-R* (79,3% de chance de identificar o TCAP); a *BES* apresentou alta sensibilidade para

Tabela 3 – Comorbidades (psiquiátricas e físicas)

| Referência | Desenho do estudo | Amostra | Critério diagnóstico/ Sistema classificatório/ (Instrumento) | Resultados | Conclusão |
|---|-------------------|---|--|---|---|
| Borges et al. ¹⁷ Brasil (2002) | Corte transversal | n = 217 mulheres idade média = 36 IMC* médio = 30,3kg/m ² ambulatorial Grupos comparados: TCAP* (n = 35) TCAP parcial (n = 49) BN* (n = 10) sem TA* (n = 123) | TCAP/DSM-IV* (QEWP-R*) | Sintomatologia depressiva (BDI*): TCAP = BN > TCAP parcial > sem TA Alexitimia (TAS-20*): TCAP = BN = TCAP parcial > sem TA | TCAP e BN têm níveis maiores para sintomatologia depressiva do que TCAP parcial e os três pontuam mais alto comparados com o grupo sem TA. Os grupos com sintomas alimentares têm maior presença de alexitimia. |
| Matos et al. ¹⁸ Brasil (2002) | Corte transversal | n = 50 ambos os sexos idade média = 38,5 IMC médio = 52,2kg/m ² ambulatorial Grupo avaliado: TCAP (n = 18) | TCAP/DSM-IV (QEWP-R) | 45,7% (n = 8/18) Presença de ansiedade como traço de personalidade (STAI-S*) | Em amostra de obesos mórbidos com TCAP em tratamento para perda de peso quase metade tem presença de ansiedade como traço de personalidade. |
| Fontenelle et al. ²⁶ Brasil (2003) | Corte transversal | n = 65 ambos os sexos faixa etária = 18-65 faixa IMC = 30-45kg/m ² ambulatorial Grupos comparados: TCAP (n = 33) sem TCAP (n = 32) | TCAP/DSM-IV (SCID-I/P*) | Comorbidade: TCAP > sem TCAP ↓ T. do Eixo I ao longo da vida (59,3%) T. de humor (34,3%) T. de ansiedade (43,7%) | Indivíduos com TCAP apresentam maiores níveis para comorbidades psiquiátricas, sobretudo depressão e ansiedade, quando comparados a indivíduos sem TCAP. |
| Mattos et al. ⁵⁵ Brasil (2004) | Corte transversal | n = 86 diagnóstico: TDAH* ambos os sexos faixa etária = 18-52 ambulatorial | TA-TCAP/ DSM-IV (SCID-I/P) | TA: 10,4% (n = 9/86) TCAP: 81% (n = 7/9) | O TCAP é o mais prevalente dos TA em amostra de indivíduos com TDAH em serviço psiquiátrico. |
| Rodriguez & Guerrero ¹⁵ Colômbia (2005) | Corte transversal | n = 362 diagnóstico: TA mulheres idade média = 21.8 ambulatorial | TCAP/DSM-IV (SCID-CV*) | Automutilação: 22,6% (n = 82/362) TCAP + automutilação: 20,2% (n = 17/82) | Em amostra de mulheres com TA, observa-se presença de comportamento de automutilação em 17 pacientes com TCAP. |
| Papelbaum et al. ²⁸ Brasil (2005) | Corte transversal | n = 70 diagnóstico: DM* tipo II ambos os sexos idade média = 52,9 IMC médio = 30,6kg/m ² ambulatorial | TA-TCAP/ DSM-IV (SCID-I/P) | TA: 20% (n = 14/70) TCAP: 10% (n = 7/14) | O TCAP é o mais prevalente dos TA em amostra de indivíduos com DM tipo II em serviço endocrinológico. |
| Fontenelle et al. ²⁵ Brasil (2005) | Corte transversal | n = 53 mulheres adultas faixa IMC = 30-45kg/m ² ambulatorial Grupos comparados: BNA* ≠ TCAP (n = 16) BNA = TCAP (n = 18) Controle (n = 19) | TCAP/DSM-IV (SCID-I/P) BNA/CID-10* (<i>checklist</i> com critérios da CID-10 para BNA) | Episódio depressivo maior: BNA ≠ TCAP e BNA = TCAP > Controle Sintomas psiquiátricos (somatização, obsessivo-compulsivos, ansiedade, raiva/hostilidade e psicoticismo) e agorafobia: BNA ≠ TCAP > BNA = TCAP | Os dois grupos que preenchem critério diagnóstico para TA têm maior gravidade para sintomatologia para presença de episódio depressivo maior comparados ao grupo de obesos sem TA. Quando estes dois grupos são comparados entre si, há maior presença de sintomatologia psiquiátrica no grupo que não inclui o TCAP, indicando que a junção BNA e TCAP pode englobar indivíduos com graus diferentes de psicopatologia. |

(CONTINUA)

(CONTINUAÇÃO)

Tabela 3 – Comorbidades (psiquiátricas e físicas)

| Referência | Desenho do estudo | Amostra | Critério diagnóstico/ Sistema classificatório/ (Instrumento) | Resultados | Conclusão |
|---|-------------------|--|--|---|---|
| Papelbaum et al. ⁶⁹ Brasil (2007) | Relato de caso | n = 1 diagnóstico: DM tipo II mulher idade = 41 obesa ambulatorial | TCAP/DSM-IV (diagnóstico clínico) | Uso de fluoxetina melhorou a sintomatologia alimentar com efeito positivo no tratamento para a diabetes. | O TCAP pode ser associado ao diagnóstico de DM tipo II. |
| Melo & Odorizzi ²⁹ Brasil (2009) | Corte transversal | n = 63 diagnóstico: DM tipo II ambos os sexos adultos com sobrepeso e obesos ambulatorial | TCAP/DSM-IV (QEWPR) | TCAP: 28,6% (n = 18) ↓ mulheres (n = 16/18) > 50 anos (n = 13/18) | O TCAP é presente em amostra de indivíduos com DM tipo II em serviço para diabetes e hipertensão. |
| Fandiño et al. ²² Brasil (2010) | Corte transversal | n = 203 mulheres adultas IMC ≥ 30 kg/m ² ambulatorial Grupos comparados: TCAP (n = 54) sem TCAP (n = 149) | TCAP/DSM-IV (SCID-I/P) | Sintomatologia depressiva (BDI): TCAP > sem TCAP Sintomatologia psicopatológica (SCL-90*): TCAP > sem TCAP | Em amostra com mulheres obesas com TCAP em tratamento para obesidade, observa-se maior presença de sintomas depressivos e psicopatológicos quando comparada com mulheres obesas sem TCAP. |
| Sallet et al. ⁵⁴ Brasil (2010) | Corte transversal | n = 815 diagnóstico: TOC* ambos os sexos adultos ambulatorial Grupos comparados: TOC+TCAP (n = 59) TOC sem TA (n = 723) | TA-TCAP/ DSM-IV (SCID-CV) | TA: 11,3% (n = 92/815) TCAP: 7,2% (n = 59/815) Fobia específica, estresse pós-traumático, <i>skin picking</i> , fobia social, transtorno de pânico e jogo patológico: TOC+TCAP > TOC | Observa-se maior presença de comorbidade quando TOC está associado ao TCAP. |

* IMC = Índice de Massa Corporal; TCAP = Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica; BN = Bulimia Nervosa; TA = Transtorno Alimentar; DSM-IV = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; QEWPR = Questionnaire on Eating and Weight Patterns – Revised; BDI = Beck Depression Inventory; TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale – Portuguese Version; STAI-S = Inventário de ansiedade traço-estado; SCID-I/P = Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition; TDAH = Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade; SCID-CV = Structured Clinical Interview for DSM IV – Clinician Version; DM = Diabetes Mellitus; BNA = Bulimia Nervosa Atípica; CID-10 = Classificação Internacional de Doenças, versão 10; SCL-90 = The Symptom Checklist – 90; TOC = Transtorno Obsessivo-Compulsivo.

identificar presença de sintomatologia de compulsão alimentar, devendo, no entanto, ser o diagnóstico confirmado por entrevista clínica. Apenas o estudo argentino¹³ mencionou o uso da versão espanhola da entrevista *Eating Disorders Examination* (EDE versão 12)⁴⁹, instrumento considerado padrão-ouro para avaliação diagnóstica dos TA. Assim, a falta de mais instrumentos válidos e de fácil aplicação em populações latino-americanas são fatores limitantes de mais investigações na área nestas populações.

Um estudo avaliou a presença dos critérios propostos para o diagnóstico de TCAP pelo DSM-IV: B (presença de indicadores comportamentais associados à perda de controle durante o ECA), C (presença de angústia) e D (frequência do ECA)¹⁴. Esta pesquisa é interessante por investigar a frequência de manifestação de tais critérios em indivíduos com sintomas sugestivos de TCAP,

contribuindo para a caracterização dos sintomas relevantes para o diagnóstico. Neste estudo constatou-se que 100% dos indivíduos com diagnóstico parcial de TCAP preencheram um critério subclínico de frequência dos ECA para TCAP: duas vezes por semana nos últimos três meses. Wilson & Sisko propõem que a duração dos sintomas de três meses seja mantida tanto para o diagnóstico de BN (o que já acontece no DSM) como para o TCAP (baseado em seis meses de duração atualmente no DSM) em sua nova edição⁵⁰. Em contraposição, a CID-10 não requer nenhum prazo determinado de duração de sintomas para os diagnósticos de TA. Quintero-Párraga et al.¹⁴ descreveram uma frequência entre 33% e 55% com que os indicadores comportamentais de perda de controle (ver Tabela 2) relacionados aos ECA (descritos no critério B)² ocorrem, achado também relevante na medida em

Tabela 4 – Intervenção e prognóstico

| Referência | Desenho do estudo | Amostra | Critério diagnóstico/ Sistema classificatório/ (Instrumento) | Resultados | Conclusão |
|--|---------------------------------------|---|--|---|--|
| Papelbaum & Appolinário ²⁷ Brasil (2001) | Relato de caso | n = 1 Diagnóstico: TOC* homem idade = 26 IMC* = 31,3kg/m ² ambulatório | TCAP*/DSM-IV* (diagnóstico clínico) | Sibutramina: - ↓ frequência e gravidade da compulsão alimentar - melhora do funcionamento sócio-ocupacional | Sibutramina acha-se indicada no tratamento do TCAP. |
| Appolinário et al. ³⁰ Brasil (2001) | Relato de caso | n = 1 mulher idade = 22 IMC = 42,5kg/m ² ambulatório | TCAP/DSM-IV (diagnóstico clínico) | Topiramato: - remissão de ECA* - ↓ peso | Topiramato pode ser indicado no tratamento do TCAP. |
| Appolinário et al. ³¹ Brasil (2002a) | Ensaio clínico aberto | n = 10 mulheres idade média = 35,4 IMC > 30kg/m ² ambulatório | TCAP/DSM-IV (SCID-I/P*) | Sibutramina: - remissão de ECA em sete pacientes - ↓ sintomas depressivos e peso | Sibutramina pode ser indicada no tratamento de pacientes obesos com TCAP. |
| Appolinário et al. ³² Brasil (2002b) | Ensaio clínico aberto | n = 8 ambos os sexos idade média = 32 IMC > 30kg/m ² ambulatório | TCAP/DSM-IV (SCID-I/P) | Topiramato: - ↓ ECA, sintomas depressivos e peso | Topiramato pode ser indicado no tratamento de pacientes obesos com TCAP. |
| Schmidt do Prado-Lima & Bacaltchuck ³³ Brasil (2002) | Relato de caso | n = 1 mulher idade = 32 ambulatório | TCAP/DSM-IV (diagnóstico clínico) | Topiramato: - remissão de ECA - ↓ peso | Topiramato pode ser útil no tratamento de depressão unipolar e TCAP, caso não haja resposta a tratamentos convencionais. |
| Appolinário et al. ³⁴ Brasil (2003) | Ensaio clínico randomizado duplo-cego | n = 60 ambos os sexos faixa etária = 18-60 faixa IMC = 35-40kg/m ² ambulatório Grupos comparados: sibutramina (n = 30) placebo (n = 30) | TCAP/DSM-IV (SCID-I/P) | Redução de ECA, sintomas depressivos e peso: sibutramina > placebo | Sibutramina mostra-se eficaz e bem tolerada no tratamento de pacientes obesos com TCAP. |
| Duchesne et al. ³⁵ Brasil (2007) | Ensaio clínico aberto | n = 21 ambos os sexos idade média = 37,2 IMC médio = 39,4kg/m ² ambulatório | TCAP/DSM-IV (SCID-I/P) | ~ TCC* grupal baseada em manual: - ↓ ECA, sintomas depressivos, preocupação com peso/forma e peso | O uso de manual de TCC adaptado para formato grupal em pacientes obesos com TCAP leva à melhora sintomatológica. |
| Claudino et al. ³⁶ Brasil (2007) | Ensaio clínico randomizado duplo-cego | n = 73 ambos os sexos faixa etária = 18-60 IMC ≥ 30kg/m ² ambulatório Grupos comparados: Topiramato+TCC (n = 37) Placebo+TCC (n = 36) | TCAP/DSM-IV (SCID-I/P) | Remissão de ECA e redução de peso: Topiramato > placebo | O uso do topiramato associado à TCC mostra-se eficaz em tratamento de obesos com TCAP. |
| Sallet et al. ⁶¹ Brasil (2007) | Coorte | n = 216 ambos os sexos idade média = 36,3 IMC médio = 45,9kg/m ² ambulatório Grupos comparados: TCAP (n = 44) TCAP parcial (n = 129) sem TCAP (n = 43) | TCAP/DSM-IV (SCID-I/P) | Perda de peso após dois anos de cirurgia bariátrica: TCAP e TCAP parcial < sem TCAP | A presença de ECA tem associação negativa com perda de peso pós-cirúrgica. |

(CONTINUA)

(CONTINUAÇÃO)

Tabela 4 – Intervenção e prognóstico

| Referência | Desenho do estudo | Amostra | Critério diagnóstico/ Sistema classificatório/ (Instrumento) | Resultados | Conclusão |
|--|-------------------|---|--|---|--|
| Melo & Odorizzi ²⁹ Brasil (2009) | Corte transversal | n = 63 diagnóstico: DM* tipo II ambos os sexos adultos com sobrepeso e obesos ambulatorial Grupos comparados: TCAP (n = 18) sem TCAP (n = 45) | TCAP/DSM-IV (QEWP-R) | Peso: TCAP > sem TCAP Controle metabólico: TCAP < sem TCAP Complicações clínicas: TCAP > sem TCAP | A presença do TCAP em indivíduos com DM tipo II pode levar a maior peso e menor controle metabólico. |

* TOC = Transtorno Obsessivo-Compulsivo; IMC = Índice de Massa Corporal; TCAP = Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica; DSM-IV = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; ECA = Episódio de Compulsão Alimentar; SCID-I/P = Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition; TCC = Terapia Cognitivo-Comportamental; DM = Diabetes Mellitus.

que poucas pesquisas fazem referência à frequência e importância de tais indicadores para o diagnóstico do TCAP. Alguns autores afirmam que as pesquisas existentes sobre estes aspectos dão suporte moderado ao diagnóstico do TCAP¹², embora novos estudos sejam necessários para validar estes indicadores.

Com relação a características clínicas, a população de mulheres obesas com TCAP mostrou maior peso ponderal, mais oscilação de peso e maior preocupação com peso e forma (ou imagem corporal) quando comparadas a mulheres obesas sem TCAP^{17,24}. Dados similares também foram descritos na literatura sobre TCAP, na qual maior insatisfação com peso, história e presença de maior peso corporal, além de mais flutuação ponderal, distinguiu indivíduos obesos com TCAP de obesos sem a síndrome⁵¹⁻⁵³.

Três estudos que compararam indivíduos com e sem TCAP^{22,26,54} e outro estudo que comparou TCAP completo e parcial, BN e pessoas sem TA¹⁷ mostraram uma importante associação entre TCAP e comorbidades psiquiátricas, em especial sua associação com transtornos de humor e de ansiedade. Outros achados de comorbidade apontam a associação de TCAP a outras patologias ou sintomas psicopatológicos, tais como o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade⁵⁵, a alexitimia, impulsividade (ex. automutilação), somatização, psicoticismo e outros^{15,17,22,25,54}. Nossos achados corroboram o de duas revisões de literatura recentes^{10,11} que sintetizam achados de estudos em TCAP demonstrando evidências de maior associação com comorbidades psiquiátricas em indivíduos obesos com TCAP quando comparados a indivíduos obesos sem TCAP. Segundo Wonderlich et al., a presença de comorbidade psiquiátrica em pacientes com TCAP não se baseia na associação com a obesidade, pois esta evidência também é detectada em pacientes com TCAP não obesos, mas se relaciona com a presença de ECA¹⁰. Alinhados com esta observação, Latner & Clyne colocam que os danos causados por esta patologia parecem ser independentes da

presença da obesidade¹². Portanto, pacientes com TCAP, obesos ou não, parecem evoluir de maneira diferenciada de indivíduos normais, ou seja, com mais sintomas psiquiátricos associados e com potenciais prejuízos à sua qualidade de vida⁵⁶.

Apesar da literatura sobre TCAP ser ampla em estudos que apoiam sua diferenciação em relação a indivíduos sem TA, em especial obesos sem TCAP, em relação a uma gama de aspectos, poucos estudos classificatórios (envolvendo análise de classe latente e taxométricos) incluindo obesos com e sem TCAP dão suporte para tal discriminação até aqui¹⁰, sendo que nenhum estudo desse tipo foi realizado em países latino-americanos.

Também foram poucos os estudos na literatura que investigaram as formas atípicas de AN e BN na literatura. Um único artigo desta revisão comparou um grupo de indivíduos que preencheu o diagnóstico de BN Atípica pela CID-10 e não cumpriu os critérios para o TCAP pelo DSM-IV com um grupo de indivíduos que preencheu critérios diagnósticos completos para TCAP pelo DSM-IV e para BN Atípica pela CID-10²⁵. Estes dois grupos, comparados a um grupo-controle sem patologia alimentar, apresentaram maior gravidade de sintomatologia para compulsão alimentar e presença de episódio depressivo maior. Comparados entre si, o grupo com BN Atípica apresentou maiores escores para sintomas psiquiátricos, como somatização, traços obsessivo-compulsivos, ansiedade, entre outros. Este estudo contribui para discriminar indivíduos com TA (tanto aqueles com BN Atípica como os que apresentam TCAP) de obesos controles sem TA, do ponto de vista psicopatológico. Já a maior comorbidade psiquiátrica observada no grupo BN Atípica apenas (potencialmente incluindo indivíduos com quadros parciais de BN) sugere sua diferenciação de TCAP. A falta de precisão nos critérios diagnósticos na CID-10, conforme comentário anterior, não permite uma distinção clara entre indivíduos com quadros parciais de BN (síndromes com características mais próximas da

BN) e TCAP, o que pode favorecer a permanência de um grupo de indivíduos incluídos na categoria BN Atípica que apresentam menor gravidade em termos de comorbidade psiquiátrica e sintomas psicopatológicos associados, e que, potencialmente, podem ter uma evolução clínica diferenciada²⁵. Na CID-10 há duas categorias distintas (BN e BN Atípica) para diagnosticar quadros completos e parciais de BN. Uma maior coerência poderia existir, talvez, ao se ampliar a categoria de BN com a inclusão da BN Atípica, e criar-se uma categoria distinta para se classificar o TCAP.

Quanto à comorbidade física, dois estudos apontaram associação entre TCAP e diabetes mellitus tipo 2, com prevalências de 10%²⁸ e 28,6%²⁹ em populações clínicas de diabéticos. O segundo estudo ressalta o impacto negativo da presença de TCAP sobre o peso e o prejuízo sobre o controle metabólico de pacientes diabéticos. Um estudo norte-americano⁵⁷ descreveu prevalência de 25,6% e associação do TCAP e índice maior de obesidade, dados que se aproximam de nossos achados. A identificação de TCAP em população de diabéticos pode melhorar o manejo clínico e a evolução desta patologia^{28,29}.

Alguns ensaios clínicos randomizados e controlados por placebo examinaram intervenções farmacológicas isoladas (sibutramina)³⁴ ou associadas à psicoterapia cognitivo-comportamental (topiramato)³⁶ para indivíduos obesos com TCAP. Os resultados de ambas as intervenções indicaram eficácia no tratamento, em especial na redução ou remissão da frequência dos ECA e perda de peso. Um ensaio clínico não controlado testando a terapia cognitivo-comportamental (TCC) também reportou efeitos positivos sobre a sintomatologia do TCAP³⁵. Metanálises sobre eficácia de tratamentos para TCAP respaldam um efeito moderado de medicações sobre os ECA^{58,59}, assim como a TCC foi considerada a técnica de escolha para tratar TCAP^{58,60}, embora resultados expressivos de perda de peso não costumam ser observados com psicoterapias³⁷. Nossos achados de que TCAP responde a intervenções farmacológicas e psicológicas denotam a utilidade clínica do diagnóstico, porém limitações do desenho dos estudos aqui testados não permitem examinar a especificidade de tais intervenções para tratar TCAP em relação a outros TA, uma vez que nenhum estudo comparou mais de uma intervenção ou grupo diagnóstico.

Um estudo realizado em indivíduos obesos submetidos à cirurgia bariátrica identificou uma frequência de 20% de TCAP após seis meses de seguimento⁶¹. Após dois anos, estes indivíduos apresentaram menor perda de peso quando comparados com o grupo de indivíduos sem ECA. Os autores apontam, portanto, um pior prognóstico para aqueles com história de compulsão alimentar após cirurgia bariátrica e hipotetizam que a identificação precoce do TCAP, seguida por tratamento, poderia favorecer uma melhor evolução pós-cirúrgica⁶¹. Embora um estudo norte-americano, com acompanhamento pós-cirúrgico entre dois e sete anos, tenha confirmado tais achados⁶², outros estudos não apoiam o impacto da presença de ECA ou TCAP na evolução pós-cirúrgica de obesos^{63,64}, de modo que mais pesquisas são necessárias para esclarecer este aspecto prognóstico. A identificação da presença de

TCAP (ou de ECA) em candidatos à cirurgia bariátrica e após sua realização, no entanto, pode contribuir para se tentar controlar suas potenciais implicações.

As semelhanças observadas entre os estudos latino-americanos e internacionais dão suporte a certa consistência e especificidade na manifestação do TCAP. Porém, a literatura tem reconhecido limitações deste diagnóstico, tanto em relação aos critérios propostos no DSM¹², como em relação a outros fatores para sua validade de constructo, dentre eles a escassez de estudos sobre fatores etiológicos (ex. achados neurobiológicos) e de curso clínico com amostras representativas da população¹⁰.

Discutem-se, atualmente, as diferenças diagnósticas que emergem ao se aplicar e comparar os critérios diagnósticos da CID-10 e do DSM-IV, assim como suas implicações para a realização de pesquisas e comunicação entre clínicos. Segundo pesquisa de Nicholls & Arcellus sobre o número de estudos publicados entre 2005 e 2009 que utilizaram a CID-10 ou DSM-IV para classificar indivíduos com TA, apenas quatro (de 236) utilizaram somente a CID-10⁶⁵. Tal achado demonstra limitações de seu uso para pesquisas na área. Apesar do grande número de categorias existentes na CID-10, os autores apontam que várias delas são pouco diferenciáveis, e que é baixa a confiabilidade entre entrevistadores para manifestações atípicas de TA. Estes e outros autores^{65,66} recomendam que os quadros atípicos sejam descritos de forma mais específica e consistente de modo a permitir seu diagnóstico, ainda que não defendam a inclusão do TCAP como categoria distinta, e sim como um tipo de manifestação da categoria “hiperfagia associada a outros distúrbios psicológicos”. Embora grandes mudanças nos sistemas classificatórios não sejam convenientes em função de suas implicações (com relação aos instrumentos diagnósticos vigentes e aos achados de pesquisas pré-existentes), consideramos que o TCAP não somente já detém um corpo de informações suficientes para sua caracterização como entidade distinta, como de fato já é um diagnóstico utilizado na prática clínica entre especialistas.

Esta revisão apresenta algumas limitações que ressaltamos: alguns estudos envolveram amostras pequenas; não há estudos epidemiológicos na população geral latino-americana, nem estudos que considerem outras estratégias de validação (p.ex. estudos laboratoriais, genéticos, de história familiar etc.); os desenhos utilizados nos estudos foram, em geral, cortes transversais; os instrumentos de avaliação utilizados eram, em sua grande maioria, autoaplicáveis; poucos estudos forneceram informações comparativas entre indivíduos com TCAP e com outros TA, restringindo a distinção do TCAP com outras patologias alimentares; e, nenhum estudo utilizou a CID-10 isoladamente como sistema classificatório para identificar sujeitos com sintomatologia sugestiva de TCAP.

Apesar destas limitações, os estudos realizados com populações da América Latina sugerem que o TCAP se manifesta com características semelhantes às descritas internacionalmente. É uma patologia distinta da normalidade por seus aspectos clínicos, e sua presença em indivíduos obesos permite diferenciá-los

dos obesos não afetados, recomendando-se que o TCAP seja considerado como patologia distinta de transtorno alimentar na CID-11.

Agradecimentos

Agradecemos à Profa. Dra. Denise Razzouk (Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo) por sua contribuição durante a elaboração desta publicação. JJM é pesquisador I-A do CNPq. O autor G.H.K recebeu bolsa de mestrado da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) durante o desenvolvimento deste estudo.

Financiamento e conflito de interesses

| Membro do grupo de autores | Local de trabalho | Verba de pesquisa ¹ | Outro apoio à pesquisa ou educação médica continuada ² | Honorários de palestrantes | Participação acionária | Consultor / conselho consultivo | Outro ³ |
|----------------------------|-------------------|---|---|-------------------------------------|------------------------|---------------------------------|--|
| Marly Amorim Palavras | - | - | - | - | - | - | - |
| Glauber Higa Kaio | - | - | FAPESP | - | - | - | - |
| Jair de Jesus Mari | UNIFESP | FAPESP CNPq CAPES Instituto ABCD | CAPES – visiting professor | AstraZeneca Eli-Lilly Janssen | - | - | - |
| Angélica Medeiros Claudino | - | FAPESP | Inscrição em congresso médico em 2009 pela Eli-Lilly | - | - | - | Prêmio Lundbeck de incentivo a pesquisa 2010 |

* Modesto

** Significativa

*** Significativa. Montantes fornecidos à instituição do autor ou a colega onde o autor tem participação, não diretamente ao autor.

Nota: UNIFESP = Universidade Federal de São Paulo; FAPESP = Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo; CNPq = Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico; CAPES = Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

Mais informações, consultar as Instruções aos Autores.

Referências

- World Health Organization – WHO. *The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization; 1992.
- American Psychiatric Association – APA. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed., text revised. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2000.
- Stunkard AJ. Eating patterns and obesity. *Psychiatr Q*. 1959;33:284-95.
- Wermuth BM, Davis KL, Hollister LE, Stunkard AJ. Phenytoin treatment of the binge eating syndrome. *Am J Psychiatry*. 1977;134(11):1249-53.
- American Psychiatric Association – APA. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3rd ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 1980.
- American Psychiatric Association – APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd ed., revised. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 1987.
- Spitzer RL, Devlin M, Walsh BT, Hasin D, Wing R, Marcus M, Stunkard A, Wadden T, Yanovski S, Agras S, Mitchell J, Nonas C. Binge eating disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria. *Int J Eat Disord*. 1992;11(3):191-203.
- American Psychiatric Association – APA. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4rd ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 1994.
- Striegel-Moore RH, Franko DL. Should binge eating disorder be included in the DSM-V? A critical review of the state of the evidence. *Annu Rev Clin Psychol*. 2008;4:305-24.
- Wonderlich SA, Gordon KH, Mitchell JE, Crosby RD, Engel SG. The validity and clinical utility of binge eating disorder. *Int J Eat Disord*. 2009;42(8):687-705.
- Wilfley DE, Bishop ME, Wilson GT, Agras WS. Classification of eating disorders: toward DSM-V. *Int J Eat Disord*. 2007;40(Suppl):S123-9.
- Latner JD, Clyne C. The diagnostic validity of the criteria for binge eating disorder. *Int J Eat Disord*. 2008;41(1):1-14.
- Bay LB, Herscovici CR, Kovalskys I, Berner E, Orellana L, Bergesio A. Alteraciones alimentarias en niños y adolescentes argentinos que concurren al consultorio del pediatra. *Arch Argent Pediatr*. 2005;103(4):305-16.
- Quintero-Párraga E, Pérez-Montiel AC, Montiel-Nava C, Pirela D, Acosta MF, Pineda N. Trastornos de la conducta alimentaria. Prevalencia y características clínicas em adolescentes de la ciudad de Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela. *Invest Clin*. 2003;44(3):179-93.
- Rodriguez GM, Guerrero S. Frecuencia y fenomenología de lesiones autoinfligidas em mujeres colombianas com trastornos del comportamiento alimentario. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2005;34(3):343-54.
- Appolinário JC, Coutinho W, Povoá LC. O transtorno do comer compulsivo no consultório endocrinológico: comunicação preliminar. *J Bras Psiquiatr*. 1995;44(supl 1):S46-9.
- Borges MB, Jorge MR, Morgan CM, da Silveira DX, Custódio O. Binge-eating disorder in Brazilian women on a weight-loss program. *Obes Res*. 2002;10(11):1127-34.
- Matos MIR, Aranha LS, Faria AN, Ferreira SRG, Bacaltchuck J, Zanella MT. Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;24(4):165-9.
- Borges MB, Morgan CM, Claudino AM, da Silveira DX. Validation of the Portuguese version of the Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised (QEWP-R) for the screening of binge eating disorder. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(4):319-22.
- Freitas SR, Lopes CS, Appolinario JC, Coutinho W. The assessment of binge eating disorder in obese women: a comparison of the binge eating scale with the structured clinical interview for the DSM-IV. *Eat Behav*. 2006;7(3):282-9.
- Moreira RO, Batista APC. Insatisfação com a imagem corporal em mulheres obesas: a importância do transtorno da compulsão alimentar periódica. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2007;29(1):130-1.

22. Fandiño J, Moreira RO, Preissler C, Gaya CW, Papelbaum M, Coutinho WF, Appolinario JC. Impact of binge eating disorder in the psychopathological profile of obese women. *Compr Psychiatry*. 2010;51(2):110-4.
23. Pivetta LA, Gonçalves-Silva RMV. Compulsão alimentar e fatores associados em adolescentes de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(2):337-46.
24. Costa RF, Machado SC, Cordás TA. Imagem corporal e comportamento sexual de mulheres obesas com e sem transtorno da compulsão alimentar periódica. *Rev Psiq Clin*. 2010;37(1):27-31.
25. Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Moreira RO, Appolinario JC. An empirical comparison of atypical bulimia nervosa and binge eating disorder. *Braz J Med Biol Res*. 2005;38(11):1663-7.
26. Fontenelle LF, Mendlowicz MV, de Menezes GB, Papelbaum M, Freitas SR, Godoy-Matos A, Coutinho W, Appolinario JC. Psychiatric comorbidity in a Brazilian sample of patients with binge-eating disorder. *Psychiatry Res*. 2003;119(1-2):189-94.
27. Papelbaum M, Appolinario JC. Transtorno da compulsão alimentar periódica e transtorno obsessivo-compulsivo: partes de um mesmo espectro? *Rev Bras Psiquiatr*. 2001;23(1):38-40.
28. Papelbaum M, Appolinario JC, Moreira Rde O, Ellinger VCM, Kupfer R, Coutinho WF. Prevalence of eating disorders and psychiatric comorbidity in a clinical sample of type 2 diabetes mellitus patients. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(2):135-8.
29. Melo SS, Odorizzi CMC. Presumptive binge eating disorder in type 2 diabetes mellitus patients and its effect in metabolic control. *Einstein (São Paulo)*. 2009;7(3):302-7.
30. Appolinario JC, Coutinho W, Fontenelle L. Topiramate for binge-eating disorder. *Am J Psychiatry*. 2001;158(6):967-8.
31. Appolinario JC, Godoy-Mato A, Fontenelle LF, Carraro L, Cabral M, Vieira A, Coutinho W. An open-label trial of sibutramine in obese patients with binge-eating disorder. *J Clin Psychiatry*. 2002;63(1):28-30.
32. Appolinario JC, Fontenelle LF, Papelbaum M, Bueno JR, Coutinho W. Topiramate use in obese patients with binge eating disorder: an open study. *Can J Psychiatry*. 2002;47(3):271-3.
33. Schmidt do Prado-Lima PA, Bacaltchuk J. Topiramate in treatment-resistant depression and binge-eating disorder. *Bipolar Disord*. 2002;4(4):271-3.
34. Appolinario JC, Bacaltchuk J, Sichieri R, Claudino AM, Godoy-Matos A, Morgan C, Zanella MT, Coutinho W. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of sibutramine in the treatment of binge-eating disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(11):1109-16.
35. Duchesne M, Appolinario JC, Rangé BP, Fandiño J, Moya T, Freitas SR. The use of a manual-driven group cognitive behavior therapy in a Brazilian sample of obese individuals with binge-eating disorder. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(1):23-5.
36. Claudino AM, de Oliveira IR, Appolinario JC, Cordas TA, Duchesne M, Sichieri R, Bacaltchuk J. Double-blind, randomized, placebo-controlled trial of topiramate plus cognitive-behavior therapy in binge-eating disorder. *J Clin Psychiatry*. 2007;68(9):1324-32.
37. Brownley KA, Berkman ND, Sedway JA, Lohr KN, Bulik CM. Binge eating disorder treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord*. 2007;40(4):337-48.
38. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biol Psychiatry*. 2007;61(3):348-58.
39. Ricca V, Mannucci E, Moretti S, Di Bernardo M, Zucchi T, Cabras PL, Rotella CM. Screening for binge eating disorder in obese outpatients. *Compr Psychiatry*. 2000;41(2):111-5.
40. de Zwaan M. Binge eating disorder and obesity. *Int J Obes Relat Metabol Disord*. 2001;25(Suppl 1):S51-5.
41. Hsu LK, Mulliken B, McDonagh B, Krupa Das S, Rand W, Fairburn CG, Rolls B, McCrory MA, Saltzman E, Shikora S, Dwyer J, Robert S. Binge eating disorder in extreme obesity. *Int J Obes Relat Metabol Disord*. 2002;26(10):1398-403.
42. Mitchell JE, Lancaster KL, Burgard MA, Howell LM, Krahn DD, Crosby RD, Wonderlich SA, Gosnell BA. Long-term follow-up of patients' status after gastric bypass. *Obes Surg*. 2001;11(4):464-8.
43. Kjelsas E, Bjornstrom C, Gøtestam KG. Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14-15 years). *Eat Behav*. 2004;5(1):13-25.
44. Ackard DM, Fulkerson JA, Neumark-Sztainer D. Prevalence and utility of DSM-IV eating disorder diagnostic criteria among youth. *Int J Eat Disord*. 2007;40(5):409-17.
45. Spitzer RL, Yanovski S, Wadden T, Wing R, Marcus MD, Stunkard A, Devlin M, Mitchell J, Hasin D, Horne RL. Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *Int J Eat Disord*. 1993;13(2):137-53.
46. Wilfley DE, Wilson GT, Agras WS. The clinical significance of binge eating disorder. *Int J Eat Disord*. 2003;34(Suppl):S96-106.
47. Fichter MM, Quadflieg N. Long-term stability of eating disorder diagnoses. *Int J Eat Disord*. 2007;40(Suppl):S61-6.
48. Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addict Behav*. 1982;7(1):47-55.
49. Fairburn CG, Cooper Z. The eating disorder examination. In: Fairburn CG, Wilson GT, editors. *Binge eating: nature, assessment and treatment*. New York: Guilford Press; 1993. p.317-60.
50. Wilson GT, Sysko R. Frequency of binge eating episode in bulimia nervosa and binge eating disorder: diagnostic considerations. *Int J Eat Disord*. 2009;42(7):603-10.
51. de Zwaan M, Mitchell JE, Seim HC, Specker SM, Pyle RL, Raymond NC, Crosby RB. Eating related and general psychopathology in obese females with binge eating disorder. *Int J Eat Disord*. 1994;15(1):43-52.
52. Mussel MP, Mitchell JE, Weller CL, Raymond NC, Crow SJ, Crosby RD. Onset of binge eating, dieting, obesity, and mood disorders among subjects seeking treatment for binge eating disorder. *Int J Eat Disord*. 1995;17(4):395-401.
53. Grilo CM, Hrabosky JI, White MA, Allison KC, Stunkard AJ. Overvaluation of shape and weight in binge eating disorder and overweight controls: refinement of a diagnostic construct. *J Abnorm Psychol*. 2008;117(2):414-9.
54. Sallet PC, de Alvarenga PG, Ferrão Y, de Mathis MA, Torres AR, Marques A, Hounie AG, Fossaluza V, de Rosário MC, Fontenelle LF, Petribu K, Fleitlich-Bilyk B. Eating disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical correlates. *Int J Eat Disord*. 2010;43(4):315-25.
55. Mattos P, Saboya E, Ayrão V, Segenreich D, Duchesne M, Coutinho G. Transtornos alimentares comórbidos em uma amostra clínica de adultos com transtorno do déficit de atenção com hiperatividade. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26(4):248-50.
56. Gruzca RA, Przybeck TR, Cloninger CR. Prevalence and correlates of binge eating disorders in a community sample. *Compr Psychiatry*. 2007;48(2):124-31.
57. Crow S, Kendall D, Praus B, Thuras P. Binge eating and other psychopathology in patients with type II diabetes mellitus. *Int J Eat Disord*. 2001;30(2):222-6.
58. Vocks S, Tuschen-Caffier B, Pietrowsky R, Rustenbach SJ, Kersting A, Herpertz S. Meta-analysis of the effectiveness of psychological and pharmacological treatments for binge eating disorder. *Int J Eat Disord*. 2010;43(3):205-17.
59. Reas DL, Grilo CM. Review and meta-analysis of pharmacotherapy for binge-eating disorder. *Obesity (Silver Spring)*. 2008;16(9):2024-38.
60. National Collaborating Centre for Mental Health, National Clinical Practice Guideline: eating disorder core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. National Institute for Clinical Excellence - NICE; 2004. [cited 2010 dez. 22]. Available from: <http://www.nice.org.uk/search/guidancesearchresults>.
61. Sallet PC, Sallet JA, Dixon JB, Collis E, Pisani CE, Levy A, Bonaldi FL, Cordás TA. Eating behavior as a prognostic factor for weight loss after gastric bypass. *Obes Surg*. 2007;17(4):445-51.
62. Kalarchian MA, Marcus MD, Wilson T, Labouvie EW, Brolin RE, LaMarca LB. Binge eating among gastric bypass patients at long-term follow-up. *Obes Surg*. 2002;12(2):270-5.
63. Burgmer R, Grigutsch K, Zipfel S, Wolf AM, de Zwaan M, Husemann B, Albus C, Senf W, Herpertz S. The influence of eating behavior and eating pathology on weight loss after gastric restriction operations. *Obes Surg*. 2005;15(5):684-91.
64. Busseto L, Segato G, De Luca M, De Marchi F, Foletto M, Vianello M, Valeri M, Favretti F, Enzi G. Weight loss and postoperative complications in morbidly obese patients with binge eating disorder treated by laparoscopic adjustable gastric banding. *Obes Surg*. 2005;15(2):195-201.
65. Nicholls D, Arcelus J. Making Eating Disorders Classification Work in ICD-11. *Eur Eat Disorders Rev*. 2010;18(4):247-50.
66. Kingdon D, Afghan S, Arnold R, Faruqi R, Friedman T, Jones I, Jones P, Lloyd K, Nicholls D, O'Neill T, Qurashi I, Ramzan A, Series H, Staufenberg E, Brughha T. A diagnostic system using broad categories with clinically relevant specifiers: lessons for ICD-11. *Int J Soc Psychiatry*. 2010;56(4):326-35.
67. Fontenelle LF, Mendlowicz MV, de Menezes GB, Appolinario JC, Marques C, Coutinho W. Comparison of symptom profiles of obese binge eaters, obese non-binge eaters, and patients with obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2002;19(9):643-6.
68. Coutinho WF, Moreira RO, Spagnol C, Appolinario JC. Does binge eating disorder alter cortisol secretion in obese women? *Eat Behav*. 2007;8(1):59-64.
69. Papelbaum M, Appolinario JC, Moreira RO, Duchesne M, Kupfer R, Coutinho W. Distribuição de transtornos alimentares em indivíduos com diabetes melito do tipo 1 e do tipo 2: descrição de dois casos. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2007;29(1):93-6.

Table 5 – Artigos excluídos

| Autor/Ano publicação | Motivo |
|---|--|
| Unikel-Santocini C et al., 2000 ¹ | Não inclui grupo com TCAP* ou TCAP subclínico. |
| Freitas SR et al., 2001 ² | Estudo de tradução e adaptação da BES* para português. |
| Nunes MA et al., 2001 ³ | Não inclui grupo com TCAP ou TCAP subclínico. |
| Segal A et al., 2002 ⁴ | Não é possível distinguir os achados referentes ao TCAP especificamente. |
| Bottino SMB et al., 2003 ⁵ | As informações não podem ser sistematizadas para validação do TCAP. |
| Villagómez L et al., 2003 ⁶ | Não menciona instrumentos utilizados para avaliação do TCAP. |
| Siqueira KS et al., 2004 ⁷ | Não fornece informações separadas para o subgrupo com TCAP. |
| Zilberstein B et al., 2004 ⁸ | Crítérios não claros para diagnóstico de TCAP. |
| Nunes MA et al., 2005 ⁹ | Não inclui grupo com TCAP ou TCAP subclínico. |
| Moya T et al., 2005 ¹⁰ | Não fornece informações separadas para o subgrupo com TCAP. |
| Rodríguez M et al., 2005 ¹¹ | Não fornece informações separadas para o subgrupo com TCAP. |
| Petribu K et al., 2006 ¹² | Amostra de pacientes com TCAP selecionada pela BES. |
| Unikel-Santocini C et al., 2006 ¹³ | Não inclui grupo com TCAP ou TCAP subclínico. |
| Vitolo MR et al., 2006 ¹⁴ | Não inclui grupo com TCAP ou TCAP subclínico. |
| Mancilla-Diaz JM et al., 2007 ¹⁵ | Não inclui grupo com TCAP ou TCAP subclínico. |
| Rodríguez GM et al., 2007 ¹⁶ | Não é possível distinguir os achados referentes ao TCAP especificamente. |
| Carnier J et al., 2008 ¹⁷ | Não é possível distinguir os achados referentes ao TCAP especificamente. |
| Ferreira JES et al., 2008 ¹⁸ | As informações não podem ser sistematizadas para validação do TCAP. |
| Freitas SR et al., 2008 ¹⁹ | Não inclui grupo com TCAP ou TCAP subclínico |
| Kakeshita IS et al., 2008 ²⁰ | Amostra de pacientes com ECA selecionada pela BES. |
| Lourenço BH et al., 2008 ²¹ | Não fornece informações separadas para o subgrupo com TCAP. |
| Machado CE et al., 2008 ²² | Não fornece informações separadas para o subgrupo com TCAP. |
| Passos TCBM et al., 2008 ²³ | As informações não podem ser sistematizadas para validação do TCAP. |
| Zanatta BM et al., 2008 ²⁴ | As informações não podem ser sistematizadas para validação do TCAP. |
| Cenci M et al., 2009 ²⁵ | Não inclui grupo com TCAP ou TCAP subclínico. |
| Lofrano-Prado MC et al., 2009 ²⁶ | Não inclui grupo com TCAP ou TCAP subclínico. |
| Soares RM. et al., 2009 ²⁷ | Não inclui grupo com TCAP ou TCAP subclínico. |
| Brandão PP et al., 2010 ²⁸ | Amostra de pacientes com TCAP selecionada pela BES. |

BES = Binge Eating Scale; TCAP = Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica.

Referências

1. Unikel-Santocini C, Velázquez JAV, Icaza MEMM, Bautista CF, Molinar ENA, Rosário SAH. Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *Rev Invest Clin*. 2000;52(2):140-7.
2. Freitas S, Lopes CS, Coutinho W, Appolinário JC. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001;23(4):215-20.
3. Nunes MA, Olinto MTA, Barros FC, Camey S. Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001;23(1):21-7.
4. Segal A, Libanori HT, Azevedo A. Bariatric surgery in a patient with possible psychiatric contraindications. *Obes Surg*. 2002;12(4):598-661.
5. Bottino SMB, Junqueira C, Bairrão JFMH, Hanns LA, Rosa MD, de Andrade LHS. Transtornos da compulsão alimentar periódica e psicoterapia: é possível sistematizar a formulação psicodinâmica de caso? *Rev Bras Psiquiatr*. 2003;25(3):166-70.
6. Villagómez L, Cortés J, Barrera E, Saucedo D, Alcocer L. Comorbilidad de la obesidad con los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Invest Clin*. 2003;55(5):535-45.
7. Siqueira KS, Appolinário JC, Sichieri R. Overweight, obesity, and binge eating in a non-clinical sample of five Brazilian cities. *Obes Res*. 2004;12(12):1921-4.
8. Zilberstein B, Pajeci D, de Brito ACG, Gallafrio ST, Eshkenazy R, Andrade CG. Topiramate after adjustable gastric banding in patients with binge eating and difficulty losing weight. *Obes Surg*. 2004;14(6):802-5.
9. Nunes MA, Camey S, Olinto MTA, Mari JJ. The validity and 4-year test-retest reliability of the Brazilian version of the Eating Attitudes Test-26. *Braz J Med Biol Res*. 2005;38(11):1655-62.
10. Moya T, Fleitlich-Bilyk B, Goodman R, Nogueira FC, Focchi PS, Nicoletti M, Pinzon V, Cordás TA. The Eating Disorders Section of the Development and Well-Being Assessment (DAWBA): development and validation. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(1):25-31.
11. Rodríguez M, Pérez V, García Y. Impact of traumatic experiences and violent acts upon response to treatment of a sample of Colombian women with eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2005;37(4):299-306.
12. Petribu K, Ribeiro ES, Braz CIA, Gomes MLM, de Araujo DE, de Almeida NCN, de Albuquerque PC, Ferreira MNL. Transtorno da compulsão alimentar periódica em uma população de obesos mórbidos candidatos à cirurgia bariátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, em Recife-PE. *Arq Bras Endocrinol Metabol*. 2006;50(5):901-8.
13. Unikel-Santocini C, Bojórquez-Chapela I, Villator-Velázquez J, Fleiz-Bautista C, Icaza MEMM. Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003. *Rev Invest Clin*. 2006;58(1):15-27.
14. Vitolo MR, Bortolini GA, Horta RL. Prevalência de compulsão alimentar entre universitárias de diferentes áreas de estudo. *Rev Psiquiatr RS*. 2006;28(1):20-6.
15. Mancilla-Diaz JM, Franco-Paredes K, Vazquez-Arevalo R, Lopez-Aguilar X, Alvarez-Rayon GL, Tellez-Giron MTO. A two-stage epidemiologic study on prevalence of eating disorders in female university students in Mexico. *Eur Eat Disord Rev*. 2007;15(6):463-70.
16. Rodriguez MG, Gempeler JR, Pérez V, Solano SS, Meluk A, Guerrero E, Liemann E. Entre el sufrimiento interno y las palabras silenciadas: análisis de narrativas de pacientes con trastornos del comportamiento alimentario, trauma y automutilaciones. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2007;36(2):237-54.
17. Carnier J, Lofrano MC, Prado WL, Caranti DA, de Piano A, Tock L, do Nascimento CM, Oyama LM, Mello MT, Tufik S, Dâmaso AR. Hormonal alteration in obese adolescents with eating disorder: effects of multidisciplinary therapy. *Horm Res*. 2008;70(2):79-84.
18. Ferreira JES, da Veiga GV. Eating disorder risk behavior in Brazilian adolescents from low socio-economic level. *Appetite*. 2008;51(2):249-55.
19. de Freitas SR, Appolinário JC, Souza AdeM, Sichieri R. Prevalence of binge eating and associated factors in a Brazilian probability sample of midlife women. *Int J Eat Disord*. 2008;41(5):471-8.
20. Kakeshita IS, Almeida SdeS. Estudo da relação entre o índice de massa corporal e o comportamento alimentar de adultos. *Nutrive Rev Soc Bras Aliment Nutr*. 2008;33(1):21-30.
21. Lourenço BH, Arthur T, Rodrigues MD, Guazzelli I, Frazzatto E, Deram S, Nicolau CY, Halpern A, Villares SM. Binge eating symptoms, diet composition and metabolic characteristics of obese children and adolescents. *Appetite*. 2008;50(2-3):223-30.
22. Machado CE, Zilberstein B, Ceconello I, Monteiro M. Compulsão alimentar antes e após a cirurgia bariátrica. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 2008;21(4):185-91.
23. Passos TCBM, Yazigi L, Claudino AM. Aspectos ideativos no transtorno da compulsão alimentar periódica: estudo com o Rorschach. *Psico USF*. 2008;13(1):69-74.
24. Zanatta BM, de Souza NPP, de Oliveira MRM, Leandro-Merhi VA. Consumo alimentar de pessoas obesas com ou sem transtorno de compulsão alimentar periódica, em acompanhamento nutricional ou não. *Rev Bras Nutr Clin*. 2008;23(4):275-81.
25. Cenci M, Peres KG, de Vasconcelos FdeAG. Prevalência de comportamento bulímico e fatores associados em universitárias. *Rev Psiquiatr Clin (São Paulo)*. 2009;36(3):83-8.
26. Lofrano-Prado MC, Antunes HK, do Prado WL, de Piano A, Caranti DA, Tock L, Carnier J, Tufik S, de Mello MT, Dâmaso AR. Quality of life in Brazilian obese adolescents: effects of a long-term multidisciplinary lifestyle therapy. *Health Qual Life Outcomes*. 2009;3:7:61.
27. Soares RM, Nunes MA, Schmidt MI, Giacomello A, Manzolli P, Camey S, Buss C, Drehmer M, Melere C, Hoffman J, Ozcariz S, Manenti CN, Pinheiro AP, Duncan BB. Inappropriate eating behaviors during pregnancy: prevalence and associated factors among pregnant women attending primary care in southern Brazil. *Int J Eat Disord*. 2009;42(5):387-93.
28. Brandão PP, Garcia-Souza EP, Neves FA, Pereira MJ, Sichieri R, Moura EG, Silva PC, Moura AS. Leptin/adiponectin ratio in obese women with and without binge eating disorder. *Neuro Endocrinol Lett*. 2010;31(3):353-8.